with author's kind regards
Via Gregoriana n° 50

CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

diretta dal Prof. Cav. Ercole Pasquali

7

Dott. GIACOMO EMILIO CURATULO

Professore pareggiato in Ostetricia e Ginecologia nella R. Università

SULL'ABLAZIONE
DEGLI ANNESSI DELL'UTERO

CONTRIBUTO CLINICO ED ANATOMO-PATOLOGICO

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
11 MAR 19
LIBRARY

Comunicazione fatta alla VIII.ª adunanza
della Società Italiana di Chirurgia in Roma 1891

ROMA
TIPOGRAFIA INNOCENZO ARTERO
Piazza Montecitorio, 124

1892.

La storia della chirurgia ci ammaestra come in ogni tempo l'attenzione e l'operosità dei chirurgi sia stata rivolta su talune affezioni morbose, su taluni organi. Così mentre ieri era la chirurgia delle ossa, delle vie urinarie, del canale alimentare che attirava il nostro studio, oggi, a sua volta, il periodo che attraversiamo ci trasporta su di un altro campo, su altre lesioni. Il sistema genitale muliebre è oggigiorno il tema in ispecial modo preferito nelle nostre ricerche, le lesioni che con esso si connettono formano il campo preferito dal patologo nelle sue investigazioni, esso è infine l'arena sulla quale tutti i dì scendiamo, per mettere in opera un nuovo processo operativo od apportare una qualsiasi modificazione ad un processo operatorio già noto.

Non sarà certo la mia modesta parola, che varrà a portare autorevole contributo su di un argomento così interessante come quello che l' ablazione degli annessi uterini risguarda e che presentemente appassiona chirurgi e ginecologi insigni.

Ma è già un pezzo ormai che io sieguo con predilezione questo genere di studi, e le numerose laparotomie alle quali ho avuto occasione direttamente d'assistere in Italia e fuori, l'indagine microscopica frequentemente eseguita sugli organi asportati e quella certa pratica nella diagnosi ginecologica acquistata, se mi danno da un canto il diritto di esprimervi con coscienza il mio pensiero su questo argomento, mi fanno dall'altro sperare tutta la vostra indulgenza, se a voi io non mi presento, come ormai è di rito, coll'immancabile personale statistica di casi, che più o meno si avvicini alla centuria, o la sorpassi.

Noi abbiamo oggi sì ricca messe di fatti, che non è più di successi operatori che dobbiamo sentire bisogno, sibbene di uno studio più accurato, più coscenzioso della indicazione dell'atto operativo, dei risultati remoti di questo. Con questa speranza entro difilato in argomento:

***

Le affezioni delle trombe e delle ovaia si osservano oggi con tanta frequenza, che mentre è prezzo dell'opera l'indagare le cause che le producono, per prevenirle od alleviarle nei limiti del possibile, non è meno interessante eziandio lo studio di quei mezzi dei quali noi possiamo disporre, se non per la *restitutio ad integrum* degli organi lesi, almeno per un miglioramento, od infine nei casi più gravi, nei quali è necessario intervenire con una chirurgia demolitrice, stabilire quale la tecnica più opportuna, la preferibile. Che anzi, a me sembra, sia questo, della terapia, il lato più da ribattere nello stato presente della quistione, affinchè possa la discussione ricondurci su quel retto sentiero, che talvolta i molteplici successi operatori, facili ad ottenersi con i mezzi moderni della chirurgia addominale, avrebbero potuto farci smarrire.

Infatti, è mia ferma convinzione che un numero non indifferente di castrazioni, praticate per lesioni degli annessi, potrebbe ormai essere risparmiato e risultati molto più soddisfacenti potrebbero ottenersi con una terapia, forse meno clamorosa della laparotomia, ma più equa e più onesta.

Ma proseguiamo per ordine.

Quali sono le cause che ledono la normale tessitura delle trombe e delle ovaia, sì da interrompere la loro funzione fisiologica e da diventare sede di disturbi e di sofferenze gravissime? Su di ciò, in verità, non corrono gravi discrepanze. Tutti, o quasi tutti, sono d'accordo nel riconoscere tre cause principali dell'infiammazione degli organi della piccola pelvi: l'infezione blenorragica, l'aborto, il puerperio morboso. Le infiammazioni settiche che sieguono un aborto mal curato, od un puerperio morboso, l'infezione gonorroica della vagina o della cervice, non restano limitate alla mucosa uterina semplicemente, ma si estendono alla mucosa tubarica, al peritoneo pelvico e periuterino, sia per diffusione del virus in superficie, ovvero attraverso i vasi linfatici, che sì riccamente percorrono la trama uterina; onde quella sequela di lesioni, che non di rado terminano con raccolte purulente delle trombe o delle ovaia, con aderenze tra gli organi della piccola pelvi e le intestina, con le deviazioni dell'utero dal suo asse normale. Ma oltre a queste tre cause or ora menzionate, altre ve ne hanno ed anch'esse degne di nota. Così, mentre il Lawson Tait ci parla di ovariti esantematiche, sviluppantisi in seguito alla scarlattina, al morbillo, ecc., il Massin, in un recente lavoro nell'*Archiv für Gynäkologie* (1) accenna a malattie infettive acute: pulmoniti, febbri ricorrenti, enteriti, ecc., come cause di lesioni uterine, manifestantisi con una forma di endometrite parenchimatosa ed interstiziale, con infiammazione concomitante dello strato muscolare, che in seguito condurrebbe alla lesione della salpinge.

Così molti aggiungono gl'interventi della così detta ginecologia minore, e specie, a buon dritto, le manipolazioni sul collo (Landau) e gl'interventi endouterini (iniezioni, raschiamenti, cauterizzazioni) fatte da mano poco esperta. Ma io non voglio passare sotto silenzio una causa, che per quanto possa parere di lieve interesse, non è trascurabile, e cioè l'infezione portata nella cavità uterina coll'uso di sonde non bene disinfettate, o credute asettiche, sol perchè semplicemente

(1) Arch. für Gyn. B. XI. H. 1. 1891.

deterse con un pannolino, dopo che esse erano servite a misurare cavità uterine già infette, come si pratica in qualche Ambulatorio.

Non tralascierò infine la tubercolosi, la quale primitivamente, siccome molti recenti lavori hanno dimostrato, può affettare gli annessi uterini.

Detto brevemente delle cause, mi si permetta qualche cenno sulla diagnosi. La diagnosi delle lesioni degli annessi e delle raccolte tubariche non sempre è così facile a porsi, come a prima vista potrebbe sembrare. Eppure, a sentire taluni, a leggere alcuni Trattati di Ginecologia, parrebbe che essa debba essere tanto facile a farsi, che il meno esperto nell'esame combinato addomino-vaginale dovrebbe riuscirvi. Tale difficoltà s'incontra specialmente, quando le trombe uterine hanno contratto numerose aderenze colle pareti del piccolo bacino e coll'utero, sì da costituire delle masse dure ed irregolari. La parete della tuba è sovente così ispessita, il contenuto liquido sì scarso, che non è facile l'ottenere un senso manifesto di fluttuazione. In questi casi, nei quali la diagnosi potrebbe cadere su raccolte tubariche, tumore ovarico e fibroma, l'esplorazione rettale, eseguita sotto la narcosi cloroformica, pratica indispensabile in ogni esame ginecologico, potrà darci criteri preziosi. Se ci sarà dato sentire l'ovaio, la diagnosi resta tra fibroma uterino o raccolta tubarica. Ma è noto ancora come v'abbiano dei fibromi, i quali sì bene mentiscono la fluttuazione, che un errore solo può essere evitato con una puntura esplorativa, fatta dalla via della vagina.

Non meno difficile è d'altro canto la diagnosi differenziale tra idrosalpinx e piosalpinx. Il Landau ha accennato, in una sua dotta comunicazione, fatta lo scorso anno al Congresso di Berlino, ad un sintoma patognomonico dell'idrosalpinx. Egli dice che è caratteristico il modo di comportarsi dell'utero a mo' di *cuscino ad aria*, sensazione che all'esame vaginale non si avrebbe nel piosalpinx, perchè la parete muscolare della tuba trovasi ispessita, la sua contrattilità diminuita, ed infine perchè la raccolta è meno ricca e fissata tutt'attorno da false membrane. Io ho voluto quest'anno, nei numerosi casi di salpingite, venuti al nostro Isti-

tuto ostetrico-ginecologico, ricercare la frequenza e la esattezza di questo segno, che l'egregio ginecologo di Berlino dà come patognomonico; ma confesso, e sarà stata forse per mia imperizia, che niuna volta ebbi ad osservarlo ed in modo poi così caratteristico, come da quell'autore fu descritto. Si comprende, infatti, come è necessario che la raccolta tubarica sia considerevole non solo, ma non ricoperta da essudati, nè aderente all'utero, condizioni che non molto frequentemente si hanno e che del resto, quando sono presenti, bastano senz'altro a farci posare una giusta diagnosi.

***

E vengo ora alla parte più interessante dell'argomento, alla terapia delle lesioni degli annessi.

Non v'ha dubbio, come vi siano dei casi di lesioni delle trombe e delle ovaia, nei quali altra terapia non resta che l'ablazione. Messi in opera tutti i mezzi più razionali di cura, onde ottenere un miglioramento nella sintomatologia, fallite tutte quelle risorse cui suolsi ricorrere prima di venire ad una chirurgia demolitrice, non rimane che la castrazione.

Io ho l'onore di presentarvi qui varii annessi uterini asportati quest'anno nella nostra Clinica Ginegologica, dal direttore prof. Pasquali. I casi, io penso, sono meritevoli della vostra attenzione e le alterazioni macroscopiche e le microscopiche, che io posso dimostrarvi nelle varie sezioni praticate, giustificano abbastanza il nostro intervento. Non sarà fuori proposito, prima di parlarvi di essi, dire in poche parole la tecnica operatoria sperimentata e trovata abbastanza soddisfacente.

Quanto all'incisione non furono seguìti i consigli dati dal Terrillon nel suo libro *Ovarites et Salpingites*, di fare cioè incisioni molto piccole; infatti, queste non possono riuscire vantaggiose che nei casi semplicissimi; allorquando invece si tratta di ovaro-salpingiti,che datano da lunga data, e nelle quali si hanno numerose aderenze, è d'uopo avere un campo operatorio più vasto e le incisioni piccole non sono più sufficienti. Per il distacco delle aderenze, che in taluni casi erano numerose e robuste, fu usato il dito e molte volte si trovò

assai utile l'uso del termocauterio per il distacco di aderenze tenaci e vascolarizzate, pratica che in Inghilterra ed in Germania ho veduto poco usitata, anco per la sezione dei peduncoli di già legati di salpingi asportate.

Il nodo del peduncolo uterino veniva praticato alla maniera del Lawson Tait (*Staffordshire Knot*) ovvero, quand'esso non era molto grosso, alla maniera del Bantock. Mai si praticò il lavaggio del cavo peritoneale, quasi sistematicamente adottato dal ginecologo di Birmingam, ma solo nei casi di rottura di saccoccie purulente nel peritoneo si fece una *toilette* accuratissima della piccola pelvi con battuffoli di garza, imbevuta leggermente in una debolissima soluzione di deutocloruro di mercurio. Due volte fu praticato il drenaggio capillare permanente della piccola pelvi colla garza iodoformica, alla maniera consigliata dal Mikulicz e levato dopo 48 ore; più volte il drenaggio provvisorio, nell'atto di fare la sutura della parete addominale, e ciò per frenare emorragie a nappo, insistenti, lì nei punti ove era avvenuto il distacco degli essudati. Ma è mio particolare desiderio il richiamare la vostra attenzione sugli effetti veramente sorprendenti, ottenuti nel momento dell'atto operatorio dalla posizione del Trendlenburg.

I vantaggi che si hanno, dando all'operanda una posizione così inclinata, e che ho veduto recentemente usare dal Veit di Berlino, in una maniera veramente esagerata (posizione che egli ottiene con un letto da lui modificato) sono incommensurabili: le intestina vengono ricacciate verso la volta diaframmatica, onde non è necessario l'uso di spugne o di compresse per mantenerle a posto, ed il campo operatorio si rende completamente visibile all'operatore ed agli assistenti.

Sulle particolarità istologiche dei pezzi anatomici io non mi diffondo lungamente. Trattavasi, come dall'esame istologico da me praticato risulta, di salpingiti purulente più o meno antiche, ed è di speciale interesse un caso, in cui la salpinge ingrossata quanto un grosso pollice presentava, alla sezione trasversale, il suo lume diviso esattamente in due lumi ovalari e separati da tessuto muscolare misto a connettivo, sì da fare sospettare un vizio di sviluppo, conge-

nito, ovvero, come non di rado suole accadere, nelle lesioni delle trombe, al saldamento di due tratti di tuba, saldamento completo in guisa da avere poi, alla sezione trasversale, due lumi come nel caso nostro. Percorrendo attentamente al microscopio da un lume all'altro il tessuto intermedio, non si rinviene in alcun punto traccia di antiche aderenze dei due tratti di tuba, per cui non sarei facilmente condotto ad ammettere, nel caso di cui è parola, quest'ultima ipotesi. Internamente ai due lumi menzionati troviamo processi papilliformi molto svilluppati, tapezzati da epitelio cilindrico ben conservato e qua e là numerose sezioni trasversali di vasi venosi ectasici.

Degno di nota è altresì un caso di ematosalpinx, che in un punto vicino all'estremo uterino presenta tutti i caratteri di una gravidanza tubarica recente, sebbene le ricerche da me instituite, per la presenza dei villi coriali sia riuscita infruttuosa. La qual cosa in una gestazione ectopica così recente, come doveva essere quella del caso in discorso, non esclude la diagnosi.

***

Quanto agli esiti lontani delle operate, in verità ancora il tempo trascorso non è tale da autorizzarci a trarre giugiudizi completamente esatti. V'hanno dei casi, senza dubbio, nei quali il miglioramento è notevole e sollecito, altri invece in cui è nullo o ben lieve. La mestruazione, in taluni casi, compare per poche ore nel 1° mese dopo l'operazione, poi scompare per sempre; in altri si hanno invece delle vere metrorragie insistenti e perdite bianche, legate evidentemente ad alterazioni dell'endometrio. In una operata per salpingite purulenta quella che presentava il lume della tromba diviso in due, l'esito fu assai vantaggioso. L'operazione venne fatta il 3 Giugno ed ora, dopo 4 mesi, l'inferma è assai migliorata, cessate le febbri e quei dolori intensi che la travagliavano. Questa donna è stata anco esaminata dal Professor Leopold, il quale visitava la Clinica. Egli trovò l'utero in antiflessione fisiologica, i fornici liberi. Il mio collega di Clinica Dottor Tomassoni si intratterrà in un resoconto, più minuziosamente di ciascun caso, tanto più che allora il tempo mag-

giore trascorso dall'atto operativo autorizzerà a trarre deduzioni più esatte. Però qui io desidero quanto agli esiti dell'atto operativo di chiamare la vostra benevola attenzione su due casi interessantissimi di nevrosi di origine genitale. L'un caso, occorso quest'anno in Clinica, e di cui si occupò un altro collega dell'Istituto, il Dott. Regnoli, non farò che accennarlo per sommi capi.

Trattavasi di una donna a 32 anni, degli Abruzzi — Vide il primo flusso menstruale all'età di 14 anni; fu in quella epoca ed in seguito ad un forte spavento, cagionato dallo essere stata assalita da una donna che si era impazzita, che si ebbe arresto del flusso, ed un giorno dopo, il primo accesso d'istero-epilessia.

Gli accessi si ripeterono da quel giorno saltuariamente, tanto nell'epoca della mestruazione che nell'intervallo di questa La donna asserisce d'aver talvolta sentito che l'accesso stava per coglierla, (l'aura epilettica), ma altre volte cadeva di un tratto al suolo incosciente; una volta, trovandosi vicino ad un braciere di carboni, vi cadde sopra e riportò una forte ustione al braccio destro; l'inferma presenta inoltre varie cicatrici per contusioni; l'accesso durava mezz'ora e talvolta di più.

Il menomo spavento, la più lieve emozione lo provocavano. A 19 anni andò a marito, ed ebbe forti convulsioni ai primi avvicinamenti sessuali; si ebbe dallo stato coniugale 11 gravidanze, delle quali 8 andarono a termine, ma in cinque il feto fu espulso morto, e tre furono aborti. Durante il matrimonio gli accessi si mantennero eguali in intensità e requenza; lo stesso può dirsi durante la gravidanza. Alla esplorazione vaginale le ovaie erano dolenti e leggermente ingrossate, l'utero in antiflessione esagerata. Lo stato di salute dell'inferma, che la rendeva addirittura inabile a qualunque servizio, la insistente sua volontà ad essere operata, l'indicazione infine alla castrazione, data non tanto dall'ovarite leggiera, quanto dal fatto che gli accessi potevano essere provocati colla compressione sulle regioni ovariche, indusse all'ablazione degli annessi.

Riscontrai all'esame istologico ovarite e degenerazione cistica dell'ovaio, salpingite catarrale semplice. Corre ormai il decimo mese, dacchè la donna fa operata e gli accessi

non si sono più ripetuti; il mese seguente all'atto operativo si ebbe comparsa di sangue dai genitali esterni per un'ora, il mese dopo, nell'epoca in cui avrebbe dovuto ricorrere la mestruazione, una forte ematemesi con perdita di circa un litro di sangue, che si ripetè ancora il mese susseguente. In seguito non vide più sangue, soltanto si lagna nell'epoca catameniale d'un senso di malessere, cefalea e sfinimento. Ho veduto più volte questa operata; essa si è di molto ingrassata; sono assenti gli stimoli erotici e nei contatti sessuali asserisce di non sentire alcuna voluttà, meno quando questi sono ripetuti, e seguentisi a brevissimo intervallo di tempo.

Il secondo caso è della clinica privata del Prof. Durante. Ne farò brevemente parola. La signora N. N. a 23 anni è sposa da 5; ebbe sempre, sin dal periodo della pubertà, dismenorrea e forme convulsive nell'epoca delle mestruazioni. Durante la prima gravidanza le forme convulsive migliorarono e dopo il parto ne rimase libera, solo persistendo la dismenorrea. Ebbe l'ultimo parto tre anni addietro, due anni fa circa cominciò a lagnarsi di dolori vaganti all'ipogastrio, accompagnati da notevole flusso mucoso dai genitali. L'utero era in anteflessione marcata.

Fu sottoposta all'elettrolisi e dopo dieci sedute cessarono e flusso e dolori, il deperimento generale si arrestò ed in pochi giorni l'inferma rifiorì nella persona. Stette in questo relativo benessere per lo spazio di due mesi; senonchè un giorno, stando a letto, nell'epoca catameniale, ebbe un forte spavento, perchè si era attaccato il fuoco alle tappezzerie della stanza. Il flusso mestruale si arrestò, comparvero dolori fierissimi all'ipogastrio, convulsioni epilettiformi, senza perdita della coscienza I dolori erano così intensi che non potendosi riuscire a calmarli nè colla morfina nè col cloralio, nè col bromuro ect... si era costetti a tenerla in uno stato di narcosi cloroformica leggera, dal quale la povera Signora sentiva sollievo; l'appetito era completamente perduto. Fu sottoposta una seconda volta alla cura elettrolitica, ma questa volta senza profitto; all'aria marina migliorò alquanto, ma le sofferenze principali permanevano. Ritornata all'aria di montagna continuava a migliorare; un giorno (dell'epoca

menstruale il 2°) stando in piedi e curvandosi per prendere in braccio il bambino, fu colpita da un dolore acutissimo all'ipogastrio e stramazzò al suolo paraplegica, ma senza perdita di coscienza. Il dolore persistette fierissimo, e si dovette ricorrere una seconda volta alle narcosi cloroformiche per calmarlo. In questo stato essa continuava dimagrándo sensibilmente per anoressia, quando il 10° giorno della paralisi di moto degli arti inferiori, non potè più orinare e si manifestò stitichezza ostinata. Ritornò in città, la mestruazione riapparve dolorosissima; si esperimentarono tutti i mezzi già altre volte tentati e finalmente, constatando le ovaia alquanto ingrossate e per insistente volere della Signora e della famiglia, il Prof. Durante procedette alla ablazione degli annessi.

L'ovaio destro si trovò aderente ad un ansa del tenue, il sinistro al margine dello stretto superiore. Le tube erano alquanto ipertrofiche, per leggera salpingite catarrale e presentavano l'estremo fimbriato cosparso di piccole cisti. Le ovaie erano alquanto degenerate e presentavano numerose piccole cisti.

L'atto operativo decorse normale; al 6° giorno, epoca in cui ricorreva l'epoca mestruale, l'inferma si sentiva abbattuta, un senso di sfinimento la dominava, aveva numerosi sbadigli; verso sera si ebbe qualche macchia di sangue dai genitali esterni, che si ripetè durante la notte ed il giorno seguente, indi scomparve, ritornando l'operata nel suo subbiettivo benessere. Il terzo giorno dall'atto operativo urinò spontaneamente e d'allora in poi cominciò ad avere scariche normali. Dopo l'undicesimo giorno potè lasciare il letto e camminare, a braccio del marito, per la stanza. Adesso è più di quattro mesi dacchè l'operazione fu fatta e l'inferma può dirsi guarita.

***

Da questi due casi, nei quali l'esito della castrazione fu veramente brillante, sarebbe leggerezza il voler trarre conclusioni generali. Infatti si sa quanto quest'atto operativo, in casi di affezioni nervose, da molti e distinti ginecologi sia stato combattuto, perchè furono osservati dei casi, nei quali

le inferme peggioravano grandemente, ovvero per nulla miglioravano. Ma nei casi or ora esposti la scomparsa di quei disturbi nervosi di grave entità, immediatamente dopo l'ablazione delle ovaia, dimostra come realmente avevasi a fare con quelle forme di nevrosi di origine genitale. Singolare è, poi il 1° caso, di quella inferma, cioè, che per ben 18 anni, soffriva di convulsioni istero-epilettiche, insorte per arresto del flusso durante la 1ª mestruazione e che scomparvero dopo la castrazione; dico singolare, poichè ciò deporrebbe non a favore di quanto alcuni hanno sostenuto, che cioè una nevrosi di origine genitale, la quale abbia dominato per molto tempo l'organismo, finisce per rendersi indipendente e per vivere di vita autonoma. Non mostrandomi adunque, partigiano della castrazione in tutte le nevrosi, siccome alcuni fanno, ho voluto riferire questi due casi perchè è nostro dovere tener conto dei successi e degl'insuccessi, affinchè dagli uni e dagli altri possiamo trarne utili insegnamenti.

***

Ma ritornando alle ovaro-salpingiti, accanto a quei casi nei quali è mestieri ricorrere all'ablazione degli annessi, molti e molti potrei citarne di minore gravità e nei quali si ottengono risultati soddisfacenti, senza il bisogno di una chirurgia demolitrice. Molti casi di salpingite catarrale semplice, di ovariti leggere, guariscono e migliorano immensamente con un trattamento adeguato; il riposo assoluto, l'allontanamento dai contatti sessuali e dagli eccitamenti erotici, l'uso dell'ittiol, sia per tamponi applicati in corrispondenza dei fornici affetti (10-25 per 100 in glicerina), ovvero sotto forma di pomata nella regione ovarica, riescono di grande utilità. In qualche caso d'idrosalpinge profluente, ho potuto constatare di qualche utilità l'uso del drenaggio uterino, fatto colla garza iodoformica e proposto dal Vuillet. Parrebbe che la azione capillare della garza eserciti un'influenza vantaggiosa sulla raccolta tubarica. Essudati non voluminosi e non di data assai remota, possono d'altro canto venire riassorbiti col massaggio e coll'uso dei bagni iodici. È solo quando tutti questi mezzi furono infruttuosamente tentati con pa-

zienza, è solo allora ch'io penso col Martin, debba ricorrersi all'ovaro salpingectomia.

***

A nessuno infatti può sfuggire, sol che voglia darsi la pena di leggere le statistiche, come siasi in questi ultimi tempi usato ed abusato della castrazione.

Ho qui sott'occhio una statistica, che qua e là raccolsi, delle castrazioni fatte in Francia e specie a Parigi, in questi ultimi due anni. Senza dubbio essa non sarà completa; come non è completa quella dataci dal Doleris ultimamente: molti casi mi saranno sfuggiti e parecchi altri non furono ancora pubblicati. In Francia furono praticati in questi ultimi due anni circa 700 castrazioni: la cifra non è indifferente ed i demografi d'oltre Alpe, che in questi ultimi tempi sono stati tanto preoccupati per la depopolazione, sì da farne argomento di serie e lunghe discussioni nelle più dotte Società scientifiche, e da stabilire un gettone a quelle madri, le quali annualmente avessero portato allo stato civile un nuovo essere, non debbono trovare in queste cifre conforto alle loro preoccupazioni.

Io non sono al caso di potervi presentare analoga statistica per quanto riguarda l'Italia, ma è positivo che anche da noi di castrazioni se ne sono fatte parecchie.

Due, secondo io penso, sono le cause di questi abusi. La prima, che a nessuno può sfuggire, deve riconoscersi negli effetti meravigliosi dell'antisepsi. I mezzi moderni della chirurgia addominale sono tali che non siamo gran che preoccupati nell'aprire una cavità addominale.

Ed è questa sicurezza del successo dell'atto operativo che ci ha fatto eziandio trascendere nell'uso di un mezzo di diagnosi preziosissimo, ma riserbato a casi eccezionali e quando ogni altro mezzo era riuscito inefficace, della *laparotomia esploratrice*. L'uso della laparotomia esploratrice ci farà fare, ritengo, un passo indietro in quella parte, per quanto difficile, altrettanto elevata, della chirurgia addominale: la diagnostica clinica. Un' incisione esploratrice, dice Spencer Wells, è sempre una confessione d'ignoranza e troppo

spesso l'effetto d'impazienza. Oggigiorno infatti, premurosi, impazienti di constatare *de visu* la condizione degli organi addominali, si rinunzia dai più a quel lavorìo della mente sì interessante, pel quale giustamente vagliando i sintomi subiettivi e li obiettivi, ottenuti mercè i mezzi classici della investigazione clinica, si solea pervenire ad un' esatta diagnosi di natura e di sede.

Ma per quanto concerne l'abuso della castrazione, o dell'ovaro-salpingectomia in genere, un'altra causa è da riconoscere, oltre a quella or ora menzionata. Si è preteso infatti, da taluni operatori, e tra questi alcuno distintissimo, come l'Hègar, che l'ovaio non eserciti alcuna influenza sull'organismo muliebre; che il noto aforisma, tramandatoci da tempo *propter solum ovarium, mulier est quod est*, è insostenibile; che dall'ovaio non parte la spinta per la determinazione del tipo speciale del corpo muliebre e dello speciale carattere sessuale. Togliere le ovaia ad una donna è come toglierle un'unghia incarnata!

E così, mentre in base a questa teoria si castrano donne, solo perchè all'esplorazione vaginale si sente un ovaio prolassato nella tasca del Douglas, si hanno delle nevralgie addominali, ovvero si trovano due o tre piccole cisti quanto un grano di canape, prodotte da idropisia follicolare e si giustifica un atto operativo, che condanna una giovane donna alla sterilitá, od a rinunziare a quella missione per la quale soltanto essa è donna; d'altro canto si svolgono con calore ragioni di morale, teorie di sentimentalismo davanti ad una gravida con un bacino rachitico di 3° grado, od osteomalacico, con una coniugata di pochi millimetri, per sostenere la superiorità dell'operazione cesarea conservatrice col metodo Sänger, all'amputazione utero-ovarica del Porro e colla quale si rende sterile una donna, che mette a grave cimento la propria vita ad ogni concepimento e che non potrà dare al mondo che esseri, i quali, o presto o tardi, porteranno le stimmate del rachitismo.

Ma perchè si possa avere un concetto esatto di questa esagerazione nella quale siamo caduti, permettete che io vi riporti soltanto la 10ª conclusione di una comunicazione, fatta

dal Keppler (di Venezia) al Congresso di Berlino lo scorso anno, in favore della castrazione, uditelo:

« *Il matrimonio con una donna castrata è il tipo ideale del matrimonio malthusiano; è la sola maniera di praticare il malthusianismo, senza compromettere la salute e la felicità degli interessati.* »

***

Ma già, in questi ultimi mesi, delle voci autorevoli sono sorte oltr'Alpe ed oltre mare, per protestare contro questo uso smodato della ovaro-salpingectomia. In Inghilterra è Spencer Wells, il quale ritorna a pubblicare, insieme ad una interessante monografia dal titolo « *Modern Abdominal Surgery* » un articolo già pubblicato nel 1886 nell'*American Journal of Medical Sciences* e nel quale vivamente stigmatizza lo abuso della castrazione; in Francia è Doleris, il quale in un suo recentissimo articolo, pubblicato nei *Nouvelles Archives d'Obstetrique et de gynecologie* con pari fervore combatte l'abuso di quest'atto operatorio e della isterectomia vaginale.

V'era un tempo, in cui la ginecologia veniva, ed a torto, considerata come una branca della medicina; oggi essa giustamente forma il ramo più importante della Chirurgia; ma non è per questo, io penso, che debba essa sempre intervenire per demolire.

D'altro canto però questa reazione conservatrice, cui ora accennavo, comincia anche dal suo lato a cadere nell'esagerazione, Infatti, mentre il Polk aveva, or è qualche tempo, proposto la semplice espressione, dopo la laparotomia, del contenuto delle trombe, ed il Mundé all'espressione facea a sua volta seguire il lavaggio della tuba, con soluzione di sublimato 1:5000, fatto dall'estremo addominale; nell'ultimo numero dell'*American Journal of Obstetrics and diseases of awomen* lo stesso Polk pubblica un nuovo lavoro, dove descrive alcune operazioni atte a preservare gli annessi dell'utero. In una 1ª categoria di casi il distinto ginecologo americano praticò l'apertura dell'estremo fimbriato, ricucendolo con una sutura; in una 2ª lasciò l'ovaio, resecando l'infudibolo della tromba; in una 3ª si limitò a liberare le trombe

e le ovaia dalle aderenze; in una 4ª applicò all'ovaio il principio dell'incisione esploratrice, sezionandolo sino quasi all'ilo e suturandolo se non trovava nel tessuto ovarico alterazioni gravi; in una 5ª le ovaia, spostate nello spazio del Douglas furono trattate colla sospensione; in una 6ª categoria di casi, infine, praticò l'enucleazione di due o tre piccole cisti, lasciando il rimanente di tessuto ovarico.

***

Come si vede noi passiamo da un eccesso all'altro: da una chirurgia demolitrice ci avviamo ad un'altra che, per essere troppo conservatrice, corre il rischio di riuscire inefficace. Tra queste esagerazioni, fra coloro i quali vogliono ad ogni modo demolire e gli altri che intendono ad ogni verso conservare, quale sarà la via che dobbiamo tenere? Sarà quella, io penso, che ci verrà segnata dalle due alte doti, che debbono esserci sempre di guida nella nostra nobile professione e che suonano: *onestà e coscienza.*!